

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NYVIA MARIA BARROSO PORTELA**

**ENFRENTANDO O TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA DE**  
**EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL, CEARÁ**

**FORTALEZA**

**2014**

**NYVIA MARIA BARROSO PORTELA**

**ENFRENTANDO O TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA DE  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL, CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à  
Coordenação do Curso de Especialização em Saúde  
da Família, modalidade semipresencial,  
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo  
do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a  
Distância em Saúde, Universidade Federal do  
Ceará, como requisito parcial para obtenção do  
Título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior

**FORTALEZA**

**2014**

### Catálogo na Fonte

P843e Portela, Nyvia Maria Barroso

Enfrentando o tabagismo na Atenção Básica: experiência de equipe de Saúde da Família no Município de Cascavel, Ceará / Nyvia Maria Barroso Portela. – 2015.  
32 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Curso de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2015.  
Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior.

1. Tabagismo. 2. Atenção Básica. 3. Doenças crônico-degenerativas. I. Título

CDD 614

**NYVIA MARIA BARROSO PORTELA**

**ENFRENTANDO O TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA: EXPERIÊNCIA DE  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL, CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior  
Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina

---

Dra. Josenilia Maria Alves Gomes

---

Dra. Adriana Valéria Assunção Ramos

## RESUMO

O tabagismo constitui um importante problema de saúde pública e representa um grande desafio para atenção básica. De acordo com a literatura médica, o cigarro é um fator de risco para inúmeras doenças e internações. O presente estudo objetivou elaborar uma proposta de intervenção para favorecer a diminuição ou cessação do tabagismo nas famílias cobertas pela equipe de saúde no Planalto II em Cascavel-Ce, formando grupos de apoio amparados pelos manuais do ministério da saúde, em seções estruturadas semanalmente durante um mês e reuniões quinzenais de manutenção. Diante da formação destes grupos conseguiremos reduzir consideravelmente o número de fumantes, doenças e gastos com tratamentos clínicos. Torna-se essencial que os avanços na área de cessação do tabaco tornem-se disponíveis aos fumantes, e que a criação de um espaço e ampliação do mesmo no tratamento do tabagismo é fundamental para construir novos vínculos, possibilidades de expressão e onde o sujeito pense e crie novos saberes.

**Palavras-chave:** Tabagismo. Atenção básica. Doenças crônico-degenerativas. Prevenção

## **RESUMEN/ABSTRACT**

Smoking is a major public health problem and is a major challenge for primary care. According to the medical literature, smoking is a risk factor for several diseases and hospitalizations. This study aimed to develop a proposal for intervention to favor the reduction or cessation of smoking on the families covered by the health family team from the Planalto II in Cascavel-Ce, forming support groups supported by the manuals of the Public Health Department in structured weekly sections for a month and meetings maintenance every 15 days. With the formation of these groups we can greatly reduce the number of smokers, diseases and costs on clinical treatments. It is essential that advances in tobacco cessation area become available to smokers, and that the creation of an area and its expansion in the treatment of smoking is essential to build new bonds, with the possibilities of expression and where the subject can think, and build new knowledge.

**Keywords :** Smoking. Primary care. Chronic degenerative diseases. Prevention

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA.....</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>
4.1	GERAL.....
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>
<b>8</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>
<b>9</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS.....</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>
	<b>ANEXO.....</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na ocasião da implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foram definidas como áreas estratégicas de atuação em todo território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde <sup>5</sup>. Em alguns dessas áreas o controle do tabagismo é importante para evitar o adoecimento ou a piora da saúde da população atendida acerca dos males causados à saúde e no apoio aqueles que desejam abandonar o hábito de fumar.

A PNAB caracteriza a atenção primária como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Objetiva desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Essa ação é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. <sup>4</sup>

Nesse sentido a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Partindo desses princípios foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde, na qual inclui o controle do tabagismo como um dos temas centrais e incentiva as ações para a criação de ambientes mais saudáveis, afirmando que a Atenção Primária em Saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de estímulo e apoio à adoção de hábitos mais saudáveis e da corresponsabilização pelo cuidado dos outros e de si próprio. O tabagismo é um



problema de saúde pública e as ações de controle requerem esforço ativo, contínuo, amplo e financiado em diversas frentes e com a participação de toda a sociedade. A socialização dos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre os efeitos deletérios do tabagismo é muito importante. Esses profissionais têm a confiança da população e são respeitados pelos governos e podem usar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, contribuindo para atender à população da sua área de abrangência de forma holística atentando, dessa forma, para questões físicas, psicológicas e culturais que possam interferir de forma direta ou indireta na saúde. <sup>4</sup>

Apesar da promoção de saúde ainda ser um grande desafio de articulações intersetoriais, cada profissional da equipe de saúde pode liderar localmente as ações para o controle do tabagismo. Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) podem influenciar os gestores para a priorização de ações educativas e legislativas e de atenção ao fumante na rede do Sistema Único de Saúde com o objetivo de proporcionar ambientes favoráveis à saúde de toda a comunidade <sup>4</sup>

Diante da magnitude desses dados, decidimos abordar um plano de intervenção sobre tabagismo na perspectiva de incorporar profissionais da atenção básica em saúde em grupos de apoio. As Equipes de Saúde da Família enfrentam atualmente uma gama de problemas que interferem nas condições de saúde das pessoas, por isso a importância de uma atuação mais efetiva das equipes da atenção básica à saúde dos usuários, muito além do cuidado individual e até mesmo da abordagem usual das famílias. A atuação da equipe de saúde da família deveria dar-se no que denominaremos enfoque multinível, buscando mudanças em vários planos ou níveis da realidade. Esse projeto com enfoque no tabagismo implicará mudanças na realidade e a qualidade de vida dos usuários sob nossa responsabilidade.

## **2 PROBLEMA**

O tabagismo é atualmente reconhecido como um importante fator de adoecimento, sendo a principal causa de morbimortalidade prevenível no Brasil e no mundo. Por isso a importância de criar e investir em ações para apoiar as pessoas a deixarem de fumar.

Esse projeto visa a participação de profissionais de saúde das diferentes áreas na implementação de programas para apoio à cessação do tabagismo, possibilitando intervenções mais direcionadas e efetivas para a realidade abordada e favorecendo a prevenção do hábito de fumar.

Devemos junto a esse trabalho intervir em ação educativa, desenvolvendo no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação. Desse modo, a educação é um componente voltado para a promoção, a manutenção e a restauração da saúde.

Pretendemos desenvolver grupos de apoio com abordagem multidisciplinar, avaliando o impacto desse tipo de estratégia no aumento dos índices de abandono e redução do tabagismo.

### 3 JUSTIFICATIVA

Devido à enorme demanda de dependentes do tabaco, nossa equipe se dispôs em realizar grupos de apoio ao fumante. A partir de então, temos feito um levantamento de todos os usuários de tabaco da área. Em vista da inexistência do programa de abandono do tabagismo no município, reuni-me com a equipe e decidimos intervir efetivamente no problema.

Atualmente mais de um bilhão de pessoas são fumantes no mundo e na década de 2030 estima-se que esse total poderá chegar a dois bilhões. A maioria destes fumantes estará nos países em desenvolvimento<sup>1</sup>. O impacto sobre a saúde decorrente do uso do tabaco é bem conhecido: responsável por 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas, 25% das doenças isquêmicas do coração<sup>2</sup>. Mesmo os não fumantes expostos à fumaça do tabaco nos ambientes que vivenciam no dia a dia estão sob maior risco de desenvolverem câncer. O uso do tabaco também é fator de risco para osteoporose, distúrbios reprodutivos, diabetes, úlceras gástricas e duodenais,<sup>15</sup> cegueiras, catarata, periodontite, aneurisma de aorta, doenças coronarianas, doenças vasculares e osteoporose<sup>26</sup>. Os produtos de tabaco que não produzem fumaça também causam dependência e são responsáveis pelo surgimento de câncer de cabeça, pescoço, esôfago e pâncreas, bem como patologias dentárias.<sup>17</sup> O tabagismo é responsável pelas seguintes neoplasias<sup>18</sup>: leucemia mieloide aguda, cânceres de bexiga, fígado, colo do útero, rins, laringe, faringe e estômago.

No Brasil, são estimadas cerca de 200 mil mortes/ano em consequência do tabagismo<sup>23</sup>. Para reverter essa situação, o Ministério da Saúde, assumiu através do Instituto Nacional de Câncer em 1989, o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Esse Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país, e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco relacionadas. Para isso utiliza as seguintes estratégias: prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas.

No Ceará, o Programa de Controle do Tabagismo ainda não alcançou grande parte dos fumantes. Um exemplo do sucesso da abordagem multidisciplinar em grupos é o que funciona no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, que desde 2002 já atendeu mais de 1600 pacientes, com taxa de abstinência anual de 47%, revelando a importância de tal conduta<sup>19</sup>. Torna-se fundamental, assim, o controle do tabagismo em âmbito nacional.

O fato do tabagismo ser a maior causa de mortalidade prevenível fortalece o papel da equipe de saúde e da sociedade na promoção da saúde e na realização de atividades que estimulem a cessação do uso do tabaco. Diante de tais informações apresentadas, propõem-se com este projeto de intervenção o planejamento e aplicação da abordagem multidisciplinar em grupos na área de abrangência da equipe II na UBASF Planalto do município de Cascavel, envolvendo para tal a equipe de saúde da família e integrantes do NASF. Esperando, com isso uma melhora na qualidade de vida dos tabagistas e seus familiares e uma diminuição dos gastos com a atenção secundária e terciária dos pacientes.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Auxiliar os fumantes na cessação e controle do tabaco na equipe II da UBASF Planalto no município de Cascavel, Ceará.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desenvolver ações junto à equipe de Saúde da Família e NASF para implementação de ações multiprofissionais dentro das seções do grupo de tabagismo.
- Criar o grupo piloto de tabagistas intitulado “Vida sem Cigarro”.
- Implantar o protocolo de atendimento em grupo dentro da equipe de saúde da família.
- Reavaliar o grau de dependência ao fim de 12 semanas de tratamento, utilizando o questionário de dependência de Fagerström.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Cascavel é uma cidade brasileira da Região Metropolitana de Fortaleza, do estado do Ceará. O município tem seu ponto de apoio com o NASF, Hospital local, policlínica e CAPS. A área na UBASF Planalto II abrange 1040 famílias cadastradas, com um total de aproximadamente 4500 habitantes. Em vista da inexistência na cidade, de um programa de abandono do tabagismo e mesmo no ponto de apoio a esses pacientes, torna-se fundamental a intervenção com a equipe nesse problema.

O tratamento do tabagismo foi inserido na rede de Atenção Primária pelas Portarias Ministeriais GM/MS no 1.035, de maio de 2004, e SAS/MS nº 442, de agosto de 2004, através do Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Essas Portarias ampliaram o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo, dos serviços de média complexidade para os centros de saúde.<sup>6</sup>

Segundo o Ministério da Saúde, o programa propõe diretrizes para a terapêutica do fumante, sendo a primeira delas, a avaliação inicial, com o uso de questionário padronizado sobre história tabágica, presença de comorbidades, grau de dependência de nicotina (teste de Fagerström) e estágio motivacional para definição do plano terapêutico. Essa tal avaliação da dependência é essencial na abordagem do paciente tabagista, uma vez que a partir de um simples questionário, pode-se mensurar o quanto a nicotina compromete a qualidade de vida. O teste de Fagerström (Anexo 1) é composto por 6 perguntas simples e diretas, as quais somam pontuação de dependência da seguinte forma: Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada. Somando 6 ou mais pontos, o paciente é candidato à terapia farmacológica.

A motivação é essencial no processo de tomada de decisões, Prochaska e DiClemente desenvolveram um modelo de estágios descritos de mudança pelos quais o indivíduo passa e podem ser observados ao longo do processo de abandono do vício<sup>9</sup>. Tal modelo baseia-se no fato de que toda mudança de comportamento é um processo e que as pessoas têm diversos níveis de motivação. Os estágios de mudança quando os pacientes iniciam um tratamento para deixar de fumar são: pré-contemplação: não há intenção de parar, nem mesmo uma crítica; contemplação: há conscientização de que fumar é um problema, no entanto, há uma ambivalência quanto à perspectiva de mudança; preparação: prepara-se para deixar de fumar, ou seja, o paciente aceita escolher uma estratégia de mudança de hábitos; ação: parar de fumar,

ou seja, a atitude é tomada; manutenção: o paciente deve aprender estratégias para prevenir a recaída e consolidar o sucesso.

A segunda diretriz é a indicação de participação do paciente em grupos de terapia cognitivo-comportamental (TCC). Essa mesma é fundamental em todas as situações clínicas, mesmo quando é necessário apoio medicamentoso.<sup>2, 21</sup> O momento de parar de fumar não deve ser imposto pelo médico ou psicólogo, mas deve sim ser uma decisão tomada em grupo e pelos pacientes já em estágio contemplativo e preparado. Existem muitos modelos de aplicação do método, mas como regra geral, as sessões devem ser estruturadas semanalmente no 1º mês, quinzenal até completar a abordagem intensiva (três meses) e, finalmente, mensal após esse período e idealmente por um ano.<sup>1</sup> Material de apoio deve ser preparado e fornecido aos pacientes para reforçar as orientações, tomando-se como modelo as cartilhas elaboradas pelo Instituto Nacional do Câncer para o programa nacional de controle do tabagismo.<sup>3</sup> Os pacientes devem marcar o “dia D” (dia em que parar de fumar) nas 4 semanas subsequentes ao início do trabalho em grupo. Devem se conscientizar de tudo que o leva a fumar e como pode manejar tais forças. Um plano de ação deve ser traçado junto do paciente, ajudando-o a resistir ao desejo. Do “dia D” em diante, o fumante deve se afastar de tudo que lembre o cigarro (não portar cinzeiros, isqueiros, não beber café, por exemplo). Para combater fissura, é necessária a mudança de hábitos e adotar estratégias como beber líquidos, chupar gelo, mascar balas ou goma de mascar, ou seja, os substitutos da gratificação oral. A estratégia também é válida para os substitutos manuais como pintar, escrever, costurar, digitar.

A terceira diretriz é a indicação de apoio medicamentoso aos pacientes com elevado e muito elevado grau de dependência. A terapia farmacológica é dividida em terapia de reposição nicotínica (TRN) e terapia não nicotínica, a qual inclui medicações de primeira linha como vareniclina e bupropiona e medicações com efeito comprovado em estudo placebo, mas de segunda linha como a nortriptilina.<sup>1,10,11,22</sup> A nicotina é utilizada no tratamento da síndrome de abstinência desde 1984, com resultados estatisticamente relevantes em relação ao placebo. Atualmente no Brasil, são disponíveis as formas em goma e em adesivos. Deve-se avaliar bem seu uso em cardiopatas e portadores de arritmias graves, uma vez que tais patologias podem ser agravadas, mas no geral, tem boa tolerabilidade.<sup>22</sup>

A bupropiona é um antidepressivo atípico aprovado pelo FDA para tratamento da dependência nicotínica, reduzindo significativamente os sintomas de abstinência. Deve ser iniciado uma semana antes da interrupção do tabaco.<sup>1,10,11</sup> Deve ser evitada em pacientes com alterações de sistema nervoso central, como TCE, epilepsia ou ainda naqueles que fazem uso

de inibidores da MAO (risco de interação). A nortriptilina é um antidepressivo tricíclico considerado terapia de segunda linha para o tratamento da síndrome de abstinência, apesar de existirem evidências de eficácia semelhante à TRN e à bupropiona.<sup>13</sup> O efeito parece ser independente da sua função antidepressiva. Aumenta em duas vezes a chance de cessar o tabagismo quando comparada ao placebo.<sup>14, 23</sup> O “dia D” deve ser estabelecido em até 4 semanas do início da terapia com doses crescentes de até 75-100mg por dia, quando alcança nível terapêutico, mantendo-se o tratamento por 12 semanas. Pacientes com infarto recente ou arritmias graves, bem como pacientes com epilepsia e doença hepática não devem usar a medicação.

O tratamento do tabagismo é altamente custo-efetivo, mesmo quando produz abstinência sustentada para uma minoria dos fumantes tratados. Mesmo o aconselhamento clínico breve apresenta razão de custo-efetividade melhor que a do tratamento da hipertensão, dislipidemia; ou de outras intervenções preventivas, como as mamografias periódicas. De fato, o tratamento tem sido referido como o “padrão-ouro” do custo-efetividade nos cuidados em saúde. Sendo assim, o Programa de Tratamento do Tabagismo, oferecido no SUS, merece melhor financiamento e condições para sua ampliação.

Atualmente, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>16</sup>. Essa dependência faz com que os fumantes se exponham continuamente a cerca de 4.720 substâncias tóxicas, fazendo com que o tabagismo seja fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas<sup>24</sup>. Pesquisas mostram que cerca de 80 % dos fumantes desejam parar de fumar, porém apenas 3% conseguem a cada ano, sendo que desses, a maior parte consegue sozinho, sem ajuda, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem rotineira do fumante possui para reduzir a prevalência de fumantes<sup>7</sup>



## 6 METODOLOGIA

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia (SBPT), o grupo piloto do projeto foi desenvolvido em um intervalo inicial pré-estabelecido de 12 semanas. Este período foi considerado para a aplicação da estratégia e obtenção dos resultados do projeto de intervenção.

O primeiro momento consistiu na apresentação do projeto a toda equipe e ao NASF e na construção do questionário de perfil (Apêndice A) dos tabagistas da área de abrangência da equipe II da Unidade de Saúde Planalto do município de Cascavel-ce. O instrumento englobou dados como ACS responsável pela área, idade e sexo do paciente, dividindo-se em três partes: a primeira é a história tabágica, na qual avaliamos se o paciente é ou não tabagista (por definição, pacientes que consumiram no mínimo 100 cigarros em toda a vida), o grau de tabagismo e em qual estágio motivacional se encontra; a segunda é o questionário de Fagerström (Anexo 1), no qual avaliamos o grau de dependência; e a terceira engloba os critérios de exclusão para a terapia medicamentosa (contraindicações absolutas e relativas, bem como interações farmacológicas).

O segundo momento foi a impressão do questionário e orientação aos Agentes comunitários (ACS) de como farão as perguntas. Os questionários impressos foram proporcionalmente distribuídos aos agentes comunitários que desejaram participar do projeto, levando em consideração o número absoluto de pacientes acima de 15 anos presentes em cada área.

Após uma semana de coleta de dados pelos cinco ACS e com os questionários de perfil devidamente preenchidos, serão selecionados os pacientes com os seguintes critérios de inclusão: pacientes tabagistas (que consumiram no mínimo 100 cigarros em toda a vida), que se apresentem em estágio contemplativo ou preparados (considera estratégias comportamentais e/ou medicamentosas para deixar o vício ou já tentou agir), que apresentem grau de dependência pelo teste de Fagerström e que não apresentem qualquer dos critérios de exclusão para terapia farmacológica. Depois, foi formado um grupo piloto de 10 fumantes de forma aleatória. O grupo foi intitulado “Vida sem cigarros” e foi composto pelos 10 selecionados e pela equipe II da UBASF Planalto e NASF, incluindo médico, enfermeira, odontologista, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e agentes de saúde. Após a seleção, os ACS entrarão em

contato com os pacientes. Foi marcada inicialmente uma data para consulta individual com o médico na mesma semana da seleção, com o objetivo de avaliar clinicamente tais pacientes, avaliando qualquer fator que não tenha sido observado com o questionário de perfil. A consulta foi realizada com o modelo de entrevista motivacional, iniciando e já fortalecendo a relação médico-paciente. Passada a abordagem individual, daremos início à abordagem em grupo na semana seguinte (início do período efetivo de 12 semanas). No primeiro mês, serão encontros semanais para fortalecer o vínculo e tirar as dúvidas; no segundo e no terceiro mês serão encontros quinzenais. O local das reuniões foi na Academia de Saúde em Cascavel-CE e os encontros tiveram duração de 01h30min a 02h00minh;

Os momentos da intervenção serão assim divididos: no primeiro mês, serão 4 sessões (1 sessão por semana). Usaremos como base os manuais do Ministério da Saúde em parceria com INCA/OMS, os quais encontram-se disponíveis na internet.<sup>1</sup> Cada paciente recebeu um manual de participante a cada encontro, os quais serão impressos. Os temas das sessões serão na sequência “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde”; “Os primeiros dias sem fumar”; “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar”; e “Benefícios obtidos após parar de fumar”.

A primeira sessão teve a particularidade da apresentação inicial de cada profissional e também de cada sujeito da intervenção em um momento descontraído, para fortalecer laços. As sessões serão estruturadas em 4 itens (atenção individual, estratégias e informações, revisão e discussão e tarefas). A atenção individual configura as perguntas e dúvidas bem como a troca de experiências a cada sessão; a estratégia e informação foi o momento de apresentação do tema da sessão, não em forma de aula, mas sim de discussão; na revisão e discussão foi confrontado o que os pacientes sentem ou expressam a respeito do tema; nas tarefas, os pacientes são estimulados a definirem mudanças de hábitos, reconhecendo os fatores associados ao tabagismo em sua vida e também são encorajados a determinar um “dia D” de cessação do tabaco, nesse ponto, nada foi imposto, eles tomarão decisões.

Ao fim do primeiro mês, o conteúdo foi apresentado por completo. O “dia D” também ocorreu, sendo este o período crítico de transição do processo; importante lembrar que 7 dias antes do “dia D” de cada paciente, eles darão início ao uso de bupropiona 150mg nos primeiros três dias e 300mg do quarto dia em diante. Os encontros quinzenais subsequentes abordarão os temas: “Prática de Atividades Físicas”; “Saúde Bucal do Fumante”; “Hábitos Alimentares Saudáveis para Fumantes” e o último foi livre e escolhido pelos próprios pacientes. Tais

atividades serão conduzidas, respectivamente, pela educadora física, odontologista e nutricionista, sempre com a participação do médico. Espera-se com a aplicação da estratégia do grupo multidisciplinar que os pacientes diminuam consistentemente sua dependência nicotínica, se possível, permanentemente. Ao fim do período de 12 semanas, foi reaplicado o teste de Fagerström (Anexo 1), reavaliando, por fim, se a estratégia foi ou não efetiva em dirimir a dependência nicotínica (avaliando se não há mais dependência ou se houve diminuição na pontuação).

## 7 CRONOGRAMA

<b>Atividade 1</b>	<b>1º semana</b>	<b>Impressão dos questionários e orientações dos ACS</b>
<b>Atividade 2</b>	2º semana	Aplicação do questionário
<b>Atividade 3</b>	3º semana	Análise dos questionários e seleção do grupo piloto
<b>Atividade 4</b>	4º semana	Consultas individuais
<b>Atividade 5</b>	5º semana	Sessão 1- Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde
<b>Atividade 6</b>	6º semana	Sessão 2- Os primeiros dias sem fumar
<b>Atividade 7</b>	7º semana	Sessão 3. Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar
<b>Atividade 8</b>	8º semana	Sessão 4- Benefícios obtidos após parar de fumar
<b>Atividade 9</b>	9º semana	Sessão 5- Práticas de Atividades Físicas
<b>Atividade 10</b>	10º semana	Sessão 6- Saúde Bucal do fumante
<b>Atividade 11</b>	11º semana	Sessão 7- Hábitos Alimentares Saudáveis para fumantes
<b>Atividade 12</b>	12ªsemana	Sessão 8- Tema livre
<b>Atividade 13</b>	13º semana	Reaplicação dos questionários/ resultados

## **8 RECURSOS NECESSÁRIOS**

Os recursos utilizados para a intervenção são:

Participação do Médico em cada sessão.

Participação de pelo menos um Agentes de Saúde em cada sessão.

Auxílio da psicóloga, odontologista, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e NASF.

Um Manual do Coordenador impresso.

Dez Manuais do Participante para cada uma das quatro sessões principais.

Medicação (bupropiona 150mg) por 12 semanas.

Vídeos com mensagens sobre o tabagismo e depoimentos de ex-fumantes.

Disposição da Academia de Saúde da cidade nas datas previstas no cronograma.

## 9 RESULTADOS

Com esta intervenção, houve a formação do grupo com ação multiprofissional “Vida sem Cigarro” com 10 pacientes, metade desses abandonaram o tabagismo e a outra metade diminui a carga tabágica, zerando o escore de Fagerström.

Considero ainda importante a adesão do município ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo para a garantia da medicação, capacitação dos profissionais e recebimento dos materiais de apoio, possibilitando a expansão desse projeto a outras unidades básicas de saúde.

É um grande desafio a manutenção da abstinência por tempo prolongado, principalmente depois do período após as reuniões, uma vez que depende de fatores sócio familiares complexos e o apoio da equipe, apesar de continuar de maneira individual, não mantêm os benefícios da atividade em grupo.

Acredito que, ao construir tal abordagem, incluindo agentes diversos do meio em que os pacientes se inserem, o crescimento pessoal é inevitável. Vivenciei um momento profissional e pessoal muito importante, observando o quanto atuação em grupo e multiprofissional fazem toda a diferença, gerando impactos positivos na vida desses pacientes. Além da cessação ou diminuição da carga tabágica houve reflexão e mudança do estilo de vida, alguns deixaram o sedentarismo, perderam peso e aderiram a alimentação mais saudável, elementos básicos da prevenção e promoção da saúde. Amadureci mais como ser humano e profissional analisando o empenho, a força e a luta dos pacientes contra o tabagismo. Atentei que todo processo de trabalho em saúde não só os usuários são objetos das nossas ações, na verdade nós também podemos nos colocar como objetos, pois a medida que transformamos somos transformados.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e Tratamento do Fumante** - Consenso 2001. Rio de Janeiro: MS/INCA.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro, 1997.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Deixando de fumar sem mistérios: Manual do Participante**. Rio de Janeiro: MS/ INCA; 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Respiratórias crônicas, Departamento de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica**. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 110p. (Série E. Legislação de Saúde).
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1035- 31 de maio de 2004**. Regula o tratamento antitabagismo no Sistema único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 3 de setembro de 2002.
7. CINCIPRINI, P.M. et.al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute**, v 89, n 24,p.1852-67, dec. 1997.
8. CORREA, P.C.R.P.; BARRETO, S.M; PASSOS, V.M.A. Métodos de estimativa da mortalidade atribuível ao tabagismo: uma revisão da literatura. **Epidemiol. serv. saúde**,v.17,n.1,p.43-57,jan-mar,2008.
9. DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. **Addict Behav.** 1982;7(2):133-42.
10. FIORE, M. **Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline**, [no. 18]. Rockville: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

11. FOULDS, J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. **Int J Clin Pract.** 2006;60(5):571-6.
12. HUGHES, JUNIOR; STEAD, L. F.; LANCASTER, T. Antidepressants for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev.** 2007;(1):CD000031.
13. MARQUES ACPR, CAMPANA A, GIGLIOTTI AP, LOURENÇO MTC, FERREIRA MP, LARANJEIRA R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev Bras Psiquiatria** 2001 Dec;23(4):200-14. Dórea AJP, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol** 2004 Aug; 30(2):41-6
14. MILLER, W.; ROLLNICK, S.; editors. **Entrevista Motivacional** – Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artmed; 2001. pp. 30-42.
15. NEAL, L.; BENOWITZ, MD. Nicotine Addiction. **The New England Journal of Medicine**, 2010 June 17; 362 (24): 2295-2303.
16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 1997. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** – Décima Revisão- (CID 10). Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo – Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português - 4a ed – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
17. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde sobre a Epidemia Global de Tabagismo**, 2008: Pacote MPOWER Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS\\_Relatorio.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf)>. Acesso em: 07 ago 2014.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2002 The World Health Report: Reducing Risks and, Promoting Healthy Lifestyles. Geneva, Switzerland [www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano\\_abordagem\\_sus.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/plano_abordagem_sus.pdf). Acesso em 10 agosto 2014.
19. **PROGRAMA DE CONTROLE AO TABAGISMO DO HOSPITAL DE MESSEJANA**. Disponível em <http://www.hm.ce.gov.br/index.php>: programa de controle ao tabagismo. Acesso 11 de agosto 2014



20. SARDINHA, A.; OLIVA A. D.; D'AUGUSTIN, J. et al. Intervenção Cognitivo-Comportamental com grupos para o abandono do cigarro. **Rev Bras Ter Cogn.** 2005;1(1):83-90
21. SILAGY, C.; LANCASTER, T.; STEAD, L. et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev.** 2002;(4):CD000146. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD000146.
22. WAGENA, E. J.; KNIPSCHILD, P.; ZEEGERS, M. P. Should nortriptyline be used as a first-line aid to help smokers quit? Results from a systematic review and meta-analysis. **Addiction.** 2005;100(3):317-26.
23. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General.** Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.  
Disponível em: <<http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>>. Acesso em: 07 agosto 2014.
24. WHO, 1993; U. S. Surgeon General, 1989; Rosemberg, 2002; IARC 1987; Dube and Gren, 1982; US National Health Institute, Monograph 9).
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Globocan 2012. Estimated câncer incidence mortality and prevalence worldwide in 2012. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/default.aspx>. Acesso: 09 de agosto. 2014.
26. World Health Organization (WHO). Who reporto on the global tobacco epidemic, 2011-Warning about the dangers of tobacco, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/em/index.html](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/em/index.html) acesso 09 de agosto 2014.

## APÊNDICE (S)

### PERFIL DOS TABAGISTAS DO TERRITÓRIO DA EQUIPE II DA UBASF PLANALTO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-CE

#### GRUPO VIDA SEM CIGARRO

ACS:

NOME:

SEXO: ( )M ( )F

IDADE: ( )15-19 ( )20-39 ( )40-49 ( )50-59 ( )>60

#### HISTÓRIA TABÁGICA

A) SOMANDO TODOS OS CIGARROS QUE VOCÊ FUMOU NA VIDA INTEIRA, O TOTAL CHEGA A **5 MAÇOS OU 100 CIGARROS?**

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

B) HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ COMEÇOU A FUMAR CIGARROS,  
REGULARMENTE, QUER DIZER, PELO MENOS 1 CIGARRO POR SEMANA?  
(MESMO QUE JÁ TENHA PARADO)

Anos   Meses

C) ATUALMENTE, VOCÊ FUMA CIGARROS **DIARIAMENTE OU OCASIONALMENTE?**

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

D) EM MÉDIA, QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA POR DIA?

*Entrevistador: Preencher apenas uma opção segundo a resposta do informante (Cigarros ou Maços).*

1   Cigarros por dia 2   Maços por dia

E) VOCÊ, JÁ PAROU DE FUMAR POR PELO MENOS 1 DIA, PORQUE ESTAVA  
TENTANDO SERIAMENTE PARAR DE VEZ?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

F) QUANTAS VEZES NA VIDA VOCÊ TENTOU PARAR DE FUMAR?

Vezes

G) ATUALMENTE VOCÊ QUER PARAR DE FUMAR?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não

#### GRAU DE DEPENDÊNCIA

H) QUANTO TEMPO APÓS ACORDAR VOCÊ FUMA SEU PRIMEIRO CIGARRO?

3 ☐ Nos primeiros 5 minutos 2 ☐ De 6 a 30 minutos

1 ☐ De 31 a 60 minutos 0 ☐ Mais de 60 minutos

I) VOCÊ ACHA DIFÍCIL NÃO FUMAR EM LUGARES PROIBIDOS?

1 ☐ Sim 0 ☐ Não

J) QUAL O CIGARRO DO DIA QUE TRAZ MAIS SATISFAÇÃO?

1 ☐ O 1º da manhã 0 ☐ Os outros

K) QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA POR DIA?

0 ☐ Menos de 10 1 ☐ 11-20 2 ☐ 21-30 3 ☐ Mais de 31

L) VOCÊ FUMA MAIS FREQUENTEMENTE PELA MANHÃ?

1 ☐ Sim 0 ☐ Não

M) VOCÊ FUMA MESMO DOENTE, QUANDO PRECISA FICAR ACAMADO A MAIOR PARTE DO TEMPO?

1 ☐ Sim 0 ☐ Não

SOMA: ☐☐☐

#### **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (TERAPIA FARMACOLÓGICA)**

N) VOCÊ TEM OU TEVE RECENTEMENTE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS?

1 ☐ ALUCINAÇÕES/PSICOSE 2 ☐ ARRITMIAS/PALPITAÇÃO 3 ☐ AVC

4 ☐ INFARTO 5 ☐ DIABETES 6 ☐ DOENÇA DO FÍGADO/ALCOOLISMO

7 ☐ EPILEPSIA 8 ☐ HIPERTENSÃO NÃO CONTROLADA

O) VOCÊ TOMA ALGUM DOS SEGUINTE MEDICAMENTOS?

1 ☐ ISOCARBOXAZIDA 2 ☐ SELEGILINA 3 ☐ TRANILCIPROMINA

4 ☐ FENELZINA 5 ☐ CLORGILINA 6 ☐ MOCLOBEMIDA

7 ☐ IPRONIAZIDA 8 ☐ BROFAROMINA 9 ☐ TOLOXATONA

## ANEXO (S)

### GRUPO VIDA SEM CIGARROS

ACS:

NOME:

SEXO: ( )M ( )F

IDADE: ( )15-19 ( )20-39 ( )40-49 ( )50-59 ( )>60

### TESTE DE DEPENDÊNCIA DE FAGERSTRÖM GRAU DE DEPENDÊNCIA

A) QUANTO TEMPO APÓS ACORDAR VOCÊ FUMA SEU PRIMEIRO CIGARRO?

3 ☐ Nos primeiros 5 minutos 2 ☐ De 6 a 30 minutos

1 ☐ De 31 a 60 minutos 0 ☐ Mais de 60 minutos

B) VOCÊ ACHA DIFÍCIL NÃO FUMAR EM LUGARES PROIBIDOS?

1 ☐ Sim 0 ☐ Não

C) QUAL O CIGARRO DO DIA QUE TRAZ MAIS SATISFAÇÃO?

1 ☐ O 1º da manhã 0 ☐ Os outros

D) QUANTOS CIGARROS VOCÊ FUMA POR DIA?

0 ☐ Menos de 10 1 ☐ 11-20 2 ☐ 21-30 3 ☐ Mais de 31

E) VOCÊ FUMA MAIS FREQUENTEMENTE PELA MANHÃ?

1 ☐ Sim 0 ☐ Não

F) VOCÊ FUMA MESMO DOENTE, QUANDO PRECISA FICAR ACAMADO A  
MAIOR PARTE DO TEMPO?

1 ☐ Sim 0 ☐ Não

SOMA: